

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**Autismo: Abordagem do Paciente na Consulta de  
Odontopediatria.**

**Claudia Carolina Ciulla**

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2017

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**Autismo: Abordagem do Paciente na Consulta de  
Odontopediatria.**

**Claudia Carolina Ciulla**

Dissertação orientada

pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Coelho e pelo Prof. Doutor.  
Mário Bernardo

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2017

## **Resumo**

A comunicação é um fator-chave em pessoas com o espectro do autismo, uma vez que as suas características comunicativas são particulares, sendo que a abordagem a este tipo de paciente deverá ser totalmente diferente e focada nas necessidades de cada um. Possuir conhecimentos adequados sobre esta desordem permite-nos agir mais rápida e eficazmente no sentido de estabelecer uma boa relação médico-paciente e, conseqüentemente, um tratamento bem sucedido.

Este trabalho consiste numa breve discussão sobre as características gerais, patologias e hábitos orais mais comuns em indivíduos autistas, bem como técnicas que se podem realizar para adaptá-los à consulta, trabalhando com a ajuda dos pais. Será também abordada a questão do pré e pós operatório no caso de ser necessária anestesia geral no tratamento dentário.

## **Abstract**

Communication is a fundamental factor, and the population with autism spectrum has particular characteristics that make the approach to this type of patient totally different and focused on the needs of each one of them. Having the right knowledge when dealing with this disorder allows us to move faster in establishing a good patient doctor relationship and, subsequently, to be able to achieve a successful treatment.

Therefore, this study consists in a brief exposition of the general characteristics and pathologies and oral habits more common in autistic individuals, as well as techniques to adapt them to the consultation together with the help of the parents. Also, the approach to the pre and post - operative care in case that general anesthesia is necessary when performing any dental treatment.

## **Palavras Chaves**

Infância

Adaptação à consulta

Patologia oral

Anestesia geral

Pré-operatório

## **Keywords**

Childhood

Adaptation on anxiety

Oral Pathology

General Anesthesia

Pre - Operative

## **Índice de Abreviaturas**

**TEA:** Trastorno Espectro Autista

**TCC:** Terapia de Comportamento Cognitivo

**ECCR:** Ensaio Clínico Controlado e Randomizado

**TADTEA:** Tratamento de Ansiedade em Doença do Trastorno Espectro Autista

**ICACA:** Intervenções de Comportamento contra Ansiedade em Crianças com Autismo

**EE:** Educação Especial

**DPS:** Desordem do Processamento Sensorial

## **Abbreviations**

**ASD:** Autistic Spectrum Disorders

**CBT:** Cognitive Behavioral Therapy

**RCT:** Randomized Controlled Trial

**TAASD:** Treatment of Anxiety in Autism Spectrum Disorder

**BIACA:** Behavioral Interventions for Anxiety in Children with Autism

**SPED:** Special Education

**SPD:** Sensory Processing Disorder



## Índice

Resumo .....	i
Abstract .....	ii
Palavras Chaves .....	iii
Keywords .....	iv
Índice de Abreviaturas.....	v
Abbreviations .....	vi
Índice .....	vii
Dedicatória .....	viii
Agradecimentos.....	ix
1- Introdução e Objetivos .....	1
2- Materiais e Métodos .....	2
3- Autismo e características gerais	
3.1 Autismo: definição, classificação e características gerais....	3
3.2 Epidemiologia .....	6
3.3 Etiologia .....	8
4-Abordagem do paciente autista na consulta de Odontopediatria	
4.1 A saúde oral em crianças com TEA .....	9
4.2 Preparação da criança com TEA para a consulta de Odontopediatria .....	11

4.3 A consulta de Odontopediatria.....	14
Conclusão .....	24
Bibliografia .....	26

## **Dedicatória**

Para e à pessoa que eu mais admiro neste mundo, meu suplemento todos os dias, o meu melhor amigo e o amor da minha vida. Obrigada por acreditares em mim quando eu menos acreditava. Tu ensinas-me todos os dias não só a ser uma pessoa melhor, como também um profissional melhor para vê-lo ser o melhor profissional de todos, o mais dedicado, o mais apaixonado e persistente.

Amo – Te

## **Agradecimentos**

Aos meus orientadores, Professora Ana Coelho e Professor Mário Bernardo, por terem aceite orientar a minha tese, pela sua disponibilidade e compreensão em todos os momentos, pelas sugestões e, especialmente, pela paciência e vontade de compreender a questão de eu falar espanhol.

Aos meus pais, Nadia Lacanale e Giuseppe Ciulla, que mesmo à distância me prestam apoio incondicional, guiando-me em cada um dos meus objetivos. Sem eles, nada disto seria possível. Obrigada.

À minha tia, Giovanna Lacanale, que representa a irmã que eu nunca tive, é a minha inspiração para ser uma excelente mãe como só ela pode ser: uma guerreira e uma grande pessoa. Obrigada, porque ainda que longe está tão perto.

À minha amiga adorada, Márcia Sousa, por me ter ajudado desde o primeiro dia em que iniciei este projecto. Muito obrigada “pazita”, foste um grande apoio.

À minha sogra, Teresa Miragaia, por acolher-me em sua casa e estar presente durante todo este caminho.

Ao meu querido sogro, António Miragaia, por escrever-me esta dedicatória: "Apesar da tua curta vida, tenho a certeza de que não vai ser difícil encontrar as coisas “impossíveis” pelas quais já passaste. Algumas aconteceram sem saberes bem como; outras porque foi opção tua, mas tu lutaste, venceste sempre e ignoraste tudo aquilo que parecia impossível ...". Obrigada. Faz-nos muito falta.

## **1- Introdução e objetivos**

O autismo é um transtorno do comportamento, que se manifesta nos três primeiros anos de vida e que persiste em idade adulta. O grau de gravidade varia de moderado a grave, sendo que a variação dos sintomas deve ser considerada ao planificar um tratamento, uma vez que cada indivíduo possui capacidades, comportamentos distintos e as suas próprias necessidades (Boyd et al, 2008 ; Chang et all 2014). Para além disso, afeta as capacidades de comunicação social de uma pessoa e a percepção do seu ambiente. As crianças com autismo apresentam no início da vida défices nas suas capacidades de processamento de informação e de lidar com o stress, e têm perfis cognitivos atípicos.

A comunicação da dor oral e a prestação de cuidados dentários em ambiente familiar para pacientes com autismo pode ser um desafio, já que existe uma grande proporção de indivíduos que não falam ou possuem poucas capacidades linguísticas. Além disso, estas crianças apresentam uma adesão inflexível e dependência excessiva de rotinas específicas (Lai, Lombardo, Baron-Cohen, 2012), o que as torna mais propensas a rejeitar práticas de higiene oral, se estas não são incorporadas na sua rotina diária desde tenra idade (Weil e Inglehart, 2010).

Os médicos dentistas devem reconhecer as dificuldades destes pacientes aquando da prática dentária e estar preparados para fornecer a melhor assistência e os melhores resultados.

O objetivo geral deste estudo foi, por um lado, obter um entendimento mais profundo sobre a participação do dentista e pais / cuidadores de crianças com diagnóstico de transtorno autista na adaptação à consulta odontológica e, por outro, determinar os parâmetros mais adequados para estabelecer uma boa relação médico-paciente e obter resultados positivos a partir desta relação.

Também se pretende procurar avaliar as doenças e hábitos orais mais frequentes em pacientes com autismo e os cuidados pré e pós-operatório, em caso da anestesia geral ser aplicada.

## **2- Materiais e Métodos**

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica, entre os meses de Novembro de 2016 e Março de 2017, na base de dados PubMed, Google Scholar e Scielo. As palavras-chave procuradas foram: “autismo”, “infância”, “adaptação à consulta”, “patologia oral”, “anestesia geral”, “pré-operatório”, “pré-medicação”.

Na pesquisa foram utilizados os seguintes critérios: artigos publicados nos últimos cinco anos, resumos disponíveis, priorizando estudos em inglês, espanhol e português. O resultado desta pesquisa foi um total de oitenta artigos, os quais

foram selecionados tendo em conta o título, seguida da leitura do resumo e, por fim, o conteúdo. Deste total foram escolhidos vinte e dois artigos pela sua adequação ao tema.

### **3- Autismo: características gerais**

#### **3.1 – Autismo: definição, classificação e características gerais:**

O autismo é caracterizado como um distúrbio de comportamento que se manifesta nos primeiros três anos de vida e persiste na idade adulta. O sua gravidade está associada ao nível de inteligência, variando de moderado a grave. A variação na expressão dos sintomas, que pode ser de leve a grave, deve ser considerada quando o tratamento é planeado, uma vez que as necessidades de cada indivíduo com autismo são distintas, isto é, cada um possui diferentes capacidades e comportamentos (Boyd et al, 2008).

O autismo é uma alteração patológica mental em que se verifica um alheamento da realidade exterior e uma tendência para a introspecção permanente. A criança autista tende a isolar-se do mundo, mostrando pouco ou nenhum interesse em comunicar e parece não prestar atenção em relação ao que lhe é dito. Alguns pacientes apresentam irritação, agressividade e problemas de atenção (APPDA-LISBOA, 2016; Beyer, Gammeloft, 1988; Cohen, Cicchetti, 2006).



A forma como esta doença se expressa varia muito de criança para criança mas, seja qual for a idade, a intensidade ou a frequência dos sintomas, estas crianças têm em comum um desenvolvimento atípico em três áreas principais: competências sociais, aquisição da linguagem e alterações comportamentais, com comportamentos limitados e repetitivos (Loo, Graham e Hughes, 2009).

O Autismo tem vindo a deixar de ser classificado como uma patologia única, dando lugar a uma classificação mais ampla, que engloba todos os Transtornos do Espectro Autista (TEA), com diferentes graus de gravidade. Deste modo, as doenças do espectro autista representam uma grande heterogeneidade de patologias, que incluem as formas mais graves – Autismo, bem como as formas mais leves do espectro autista, como o Síndrome de Asperger. (Vlassakova e Emmanouil, 2016).

Foram descritas várias alterações comportamentais relacionadas com o TEA, que no entanto, se manifestam com diferentes graus de intensidade de indivíduo para indivíduo. Entre as principais características, a literatura menciona as seguintes (Geiger, Kern, Geiger, 2012; Lourenço 2015):

- Comportamentos de agressividade contra terceiros, sem razão aparente;

- Hipersensibilidade a estímulos (barulho, luz, som, movimento);
- Hipercinésia;
- Alterações do sono;
- Dificuldade em estabelecer um padrão de alimentação;
- Tendência a cheirar ou mastigar brinquedos ou roupas;
- Insensibilidade às feridas e maior tolerância à dor
- Comportamentos de auto-regulação;
- Falta de interesse pelo ambiente circundante, incluindo os familiares próximos;
- Pouco interesse em comunicar;
- Dificuldades na linguagem, aquisição de uma linguagem muito simples com frases curtas e repetitivas;
- Dificuldade em estabelecer contato visual;
- Ansiedade e tendência para comportamentos repetitivos e obsessivo-compulsivos. Alguns apresentam movimentos estereotipados
- Elevada resistência a modificar rotinas do dia-a-dia.

### **3.2-Epidemiologia**

Os dados epidemiológicos encontrados na literatura são muito heterogêneos. No entanto, constata-se uma tendência para valores de prevalência cada vez mais elevados, o que pode ser explicado por diversas razões. Por um lado, estes dados epidemiológicos passaram a incluir todas as formas de TEA. Por outro lado, tem vindo a assistir-se a uma crescente melhoria no acesso ao diagnóstico das alterações do TEA e os próprios critérios de diagnóstico têm vindo a apresentar-se cada vez mais abrangentes e completos. Desde os anos 90, a prevalência do TEA está na ordem dos 5 a 13 por cada 10.000, sendo três ou quatro vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino. (Fombonne, 2003; Fombonne, 1999; Fombonne, 2005).

Os resultados obtidos por Fombonne, (Fombonne, 2005) estimam a prevalência atual de transtorno autista em valores situados na ordem de 10/10.000 a 16/10.000. Nos Estados Unidos, o Centros para Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), reporta uma prevalência mais elevada 34/10.000 (Namal, Vehit, Koksai, 2007). Estimaram ainda que, 1 em cada 88 crianças de 8 anos foi identificada com um Transtorno do Espectro Autista (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Os mais recentes relatórios epidemiológicos estimam, em todo o mundo, uma prevalência de 1 a 2 casos por 1.000 crianças, para o autismo especificamente (CDC, 2008; Newschaffer et al, 2007). As estatísticas sobre o transtorno autista nos Estados Unidos e em Inglaterra mostram uma ocorrência de 4,5 por 10.000 nascimentos (Fombonne, 2009). Em estudos na Ásia, Europa e América do Norte foram identificados indivíduos com TEA, com uma prevalência de cerca de 1%. No entanto, um estudo recente na Coreia do Sul relatou uma prevalência de 2,6% (Kim et al, 2011).

Na maioria dos casos, o autismo manifesta-se antes do primeiro ano de vida e é cinco vezes mais prevalente em meninos do que em meninas. Pensava-se que não existia predisposição socioeconómica (Ornitz e Ritvo, 1976), todavia, dois estudos recentes mostram que a prevalência de TEA foi positiva e relacionada com um alto nível socioeconómico (Maenner, Arneson, Durkin, 2009), talvez devido a diferenças existentes no acesso a serviços de pediatria e de desenvolvimento (Thomas et al, 2012).

### **3.3 – Etiologia**

Ainda não foi identificada uma causa exata para o autismo. Vários fatores têm sido explicados como possíveis causas do TEA e que interagem durante períodos mais vulneráveis do desenvolvimento neurológico, sendo estes factores genéticos, imunológicos (IL-4 e IL-5 entre as 15-19 semanas de gestação apresenta 50% de risco) ou ambientais (pesticidas, citomegalovirus, meningite bacteriana). Na maioria dos casos não se descobriu a causa, porém, a tendência do TEA surgirem em famílias, sugerem uma componente genética. As famílias com uma criança autista têm 3% a 8% de probabilidade que os próximos filhos sejam autistas.

Certos fármacos, toxinas (aditivos em alimentos, aminoácidos), metabolitos (secretina, beta-endorfina) e factores nutricionais (comidas processadas, falta de ácido fólico) também foram identificados. As infecções durante a gravidez, certos anticorpos para o cérebro do feto e doenças familiares autoimunes têm sido observados em muitos estudos como estando associados ao TEA (Matelskil e VandeWater, 2015).

O Autismo tem sido associado a um leque complexo de erros do metabolismo e a erros cromossómicos, bem como uma gama de condições infecciosas durante o período pré-natal. Entre 2% a 8% dos irmãos de um indivíduo autista também têm TEA (Muhle, Trentacoste, Rapin, 2004).

#### **4. Abordagem do paciente autista na consulta de Odontopediatria**

##### **4.1 – A saúde oral em crianças com TEA**

Uma das principais dificuldades das crianças com TEA é a adesão a rotinas. Por este motivo, é difícil implementar uma rotina diária de higiene oral, o que exige um grande esforço e persistência por parte da família.

Com base nesta dificuldade, foram implementados no Reino Unido e na Austrália programas de educação de saúde oral nas escolas, nos quais se procurou educar os pais sobre a saúde oral (Passalacqua et al, 2012) e concluiu-se que treinar e formar os educadores poderia ser um passo importante para promover e assegurar a saúde oral nesta população infantil (Labonte e Laverack, 2001).

Foi recomendada a implementação, desde idades muito precoces, de programas preventivos de saúde oral individualizados, que incluíssem o ensino das técnicas de escovagem e de higiene oral, bem como a sensibilização para a necessidade de seguir os cuidados preventivos de saúde oral na rotina diária desta população (Tong et al, 2016; Marshall, Sheller, Mancl, 2010; Sarnat, Samuel, Benjamin, 2016).

Estes estudos também recomendaram a transmissão de conceitos de saúde oral aos professores das escolas, especialmente aos professores na área da educação especial, como forma de diminuir as barreiras no acesso à informação por parte das famílias (Tong et al, 2016).

Apesar das dificuldades anteriormente mencionadas, relacionadas com o quadro clínico deste espectro de patologias, a literatura sugere que a prevalência de cárie e de doença periodontal é sobreponível na população com TEA e na população geral (Roussell et al, 2014; Blomqvist, Bejerot, Dahllöf, 2015; Gonçalves et al, 2016).

No entanto, destacou-se um pequeno aumento na presença de gengivite, associada à acumulação de placa bacteriana, nas crianças com TEA (Gonçalves et al, 2016).

No que diz respeito ao desenvolvimento da oclusão, parece que as crianças com TEA apresentam maior prevalência de hábitos orais (respiração oral, sucção digital, deglutição atípica), bruxismo, mordidas profundas e má oclusão Classe II de Angle (Hernández, Bonilla, Torres, 1998; Rincón, Fox, Rivera, 2015; Morales, n.d; Mulas et al, 2010; Sarnat, Samuel, Benjamin, 2016).

A presença de má oclusão nestes pacientes deve-se a uma combinação de fatores, entre os quais as dificuldades na mastigação e o padrão de alimentação, a hiperatividade

muscular e o padrão de crescimento mandibular (Mulas et al, 2010).

Observou-se que a prevalência de lesões dentárias traumáticas é mais baixa nesta população, o que foi relacionado com o ambiente de maior proteção no qual estas crianças estão inseridas e à constante supervisão por parte dos cuidadores e familiares (Sarnat, Samuel, Benjamin, 2016).

#### **4.2. Preparação da criança com TEA para a consulta de Odontopediatria**

No ano de 2015-2016, na Universidade de Cantábria, foi realizado um trabalho sobre o transtorno do espectro autista que explica, principalmente, o direito das crianças com TEA em serem compreendidas e fazer-se compreender, dado que a comunicação é fundamental para ajudá-los a construir uma melhor qualidade de vida; também são mencionados os programas de intervenção de comunicação que ajudam na transmissão de informações sem a necessidade de usar a linguagem oral. A intervenção deve ser realizada em três áreas: a criança, a família e o ambiente. O seu objetivo deve ser o de favorecer sempre que possível a adaptação da criança com TEA ao seu ambiente de vida e da comunidade, de modo a respeitar a sua autonomia, individualidade e dignidade (Millá e Mulas, 2009).



Para a criança com TEA, a higiene e hábitos de saúde oral constituem um desafio, bem como a sua ida a uma consulta médico-dentária. Como forma de superar estas dificuldades, é essencial que os pais dediquem o tempo necessário e que eles próprios adquiram conhecimentos, competências e algumas estratégias que ajudem a criança a adaptar-se à futura consulta e a superar as dificuldades esperadas. Foi precisamente com este objetivo que a organização Autism Speaks TM publicou um guia direcionado ao médico dentista e aos familiares (Speaks A, 2010; Aparicio del Toro B, 2016). Neste guia, destacam-se algumas recomendações que têm como objetivo comum ajudar a moldar o comportamento da criança na consulta: ensinar a criança a abrir e fechar a boca e mantê-la aberta enquanto alguém lhe diz para o fazer, colocar as mãos sobre o estômago, colocar os pés em linha reta, ensinar a criança a contar os dentes, segurar uma escova de dentes, observar os dentes com um espelho, familiarizá-lo com a luz que colocam na boca, usando por exemplo uma lanterna e, idealmente, obter alguns suportes raios-x em que a criança pode mordê-los e aceitar aquele corpo estranho na boca, na eventualidade de se tirar uma radiografia no momento da consulta. Outra ferramenta recomendada neste guia é seguir um planeamento visual através de uma sequência de imagens, que ilustrem os sucessivos procedimentos da consulta. Cada uma destas imagens pode ser recortada e protegida por material transparente, sendo depois dispostas numa tabela por ordem cronológica e, removidas após se ter concluído o procedimento correspondente.

Algumas crianças precisam de um pouco mais de estimulação através de um reconhecimento verbal, uma recompensa ou um brinquedo favorito ou acessório, cada vez que é terminada uma etapa ou, em alguns casos, no final do tratamento. No entanto, cada criança tem o seu próprio ritmo, que é importante respeitar e compreender. (Speaks A, 2010).

Cada indivíduo requer ações específicas e a sua própria maneira de se adaptar, portanto, é essencial que as famílias considerem os interesses da criança, utilizando uma linguagem clara e destacando com um tom diferente a informação relevante, falar e gesticular ao mesmo tempo, manter uma atitude aberta a qualquer tentativa de comunicar, colocar-se à sua altura e assegurar que lhe prestam a atenção devida (Tamarit et al, n.d.).

Todas as estratégias que visam a preparação da criança para a consulta devem promover a comunicação com a criança. Considerando que a comunicação verbal está muitas vezes comprometida, existem diversos programas que os pais podem explorar previamente como forma de ajudar a criança a comunicar no seu dia-a-dia, o que posteriormente facilitará a abordagem da criança na consulta.

Entre esses programas destacam-se: sistemas alternativos e aumentativos da comunicação (SAAC), Sistemas de comunicação por troca de imagens (PECS), Programas de Comunicação Total de Benson Schaeffer, Método TEACHH (Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e outros Problemas de Comunicação), Projecto PEANA, Navegador ZAC, Dia a Dia e PEAPO (Programa de Estruturação Ambiental por Computador para Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo) (Aparicio del Toro B, 2016).

#### **4.3. A consulta de Odontopediatria**

Uma das primeiras barreiras no acesso da criança com TEA à consulta é a própria formação do médico dentista. Muitos destes profissionais optam por não tratar estes pacientes com necessidades especiais, devido ao facto de não possuírem o conhecimento e experiência necessários à abordagem destes pacientes.

Para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o médico dentista e o paciente com TEA é assim fundamental que o médico dentista receba durante a sua formação académica todo o conhecimento necessário para o tratamento de pacientes com necessidades especiais. Os programas pré e pós graduados das faculdades deveriam num futuro próximo estender os programas curriculares a esta área (Weil e Inglehart, 2010).

Um dado que espelha esta lacuna é o facto de 89% dos odontopediatras tratarem crianças com autismo, comparativamente a apenas 32% dos médicos dentistas não especialistas (Weil e Inglehart, 2010).

A consulta de medicina dentária deverá ser adaptada o melhor possível ao perfil destes pacientes. De uma forma geral, as principais dificuldades são o estabelecimento de comunicação com a criança, a abordagem das suas alterações comportamentais e baixo nível de tolerância a procedimentos que saiam da sua rotina diária. Como forma de ultrapassar estas limitações, a literatura sugere e recomenda diversas estratégias, discriminadas de seguida, que o médico dentista pode adoptar na consulta (Speaks A, 2010, Gómez, Badillo, Martínez, 2009; Weil e Inglehart, 2010):

- Entender antes de tudo que os pacientes com autismo têm três características importantes que devem ser levadas em conta no planeamento do tratamento: problemas de comunicação, problemas de interação social, rejeição à mudança e ações repetitivas.

- Procurar a necessidade de recorrer a um protocolo de dessensibilização sistemática, no qual o dentista se reúne com os pais e educadores na presença da criança, com vista à recolha de toda a informação relevante acerca das características individuais do paciente. Entre outras medidas, deve ter-se em conta a saúde geral da criança, medicamentos e hábitos.

Assim que se recolha esta informação, pode proceder-se ao processo de dessensibilização sistemática para adaptar a criança à consulta. O protocolo de dessensibilização sistemática deve ser realizado no centro de educação social por educadores, o mais próximo possível da ida ao dentista. O protocolo abrange o papel do educador que, através de livros, fotos e vídeos sobre o consultório e o grupo de profissionais, assim como sessões simuladas, facilita a criação de uma relação sólida e positiva entre dentista e paciente.

- A familiarização antes da primeira visita é muito importante. As crianças autistas deveriam participar em consultas odontopediátricas desde uma idade precoce, para se familiarizarem com a ida ao dentista e com as rotinas de higiene oral e, como já mencionado, são os educadores e familiares que permitem a manutenção de uma boa higiene a longo prazo. É muito importante construir uma relação de confiança com a família ou educadores, dado que podem ser necessárias várias consultas até completar o tratamento. Devem avaliar-se os cuidados primários oferecidos pelos pais ou cuidadores, porque se estes são feitos da maneira correta, podem ser bastante úteis aquando da adaptação do paciente à consulta.

- Deve recorrer-se o mais possível ao uso de materiais visuais didáticos, como forma de explicar os vários procedimentos da consulta, diminuir medos e ansiedade, bem como promover a inter-relação entre a criança e o médico dentista.

- Outras técnicas de controlo de comportamento, como o reforço positivo, elogios, prémios no fim da consulta permitem estabelecer uma maior confiança por parte da criança e promovem uma maior cooperação.

- A presença dos pais é importante pois eles são os que melhor conhecem os seus filhos no que diz respeito a limitações, especificidades, receios ou a capacidade de cooperar na consulta. Os pais são uma valiosa ajuda e devem estar presentes em todas as consultas. Porém, devemos dar instruções especiais aos pais de modo a que o seu apoio possa ser otimizado (por exemplo, não transmitir medo ou ansiedade à criança, assumir uma postura calma e tom de voz tranquilo, entre outras recomendações).

- Aplicar técnicas básicas de controlo de comportamento “diz-mostra-faz” ao longo de toda a consulta. Exemplos: ligar os instrumentos para que a criança possa vê-los antes de iniciar o procedimento; falar com a criança e fazê-la entender o procedimento a executar; demonstrações nas mãos antes de fazer na boca, para que a criança se sinta segura do que se vai passar.

- Diminuir o mais possível a estimulação sensorial: diminuir a intensidade da luz e evitar ruídos altos, isto é, evitar a presença de estímulos novos na consulta que possam aumentar a ansiedade do paciente, por exemplo, manter o espaço do consultório organizado sempre da mesma maneira, ter a sucção

ligada, ter os instrumentos já preparados, tudo organizado de forma a não introduzir qualquer novo som ou objecto, informar o pessoal assistente (assistentes, recepcionistas e higienistas) para evitar música ou sons fortes, dando assim estabilidade ao paciente

- Atender o paciente preferivelmente no horário da manhã, permitir que o paciente com o autismo seja sempre tratado pelo mesmo dentista e que ele tenha sempre a mesma cor de uniforme e que o cumprimento da mesma forma, entre outros.

- É essencial terminar a consulta com uma apreciação positiva para que o paciente se sinta motivado e satisfeito por ter feito um bom trabalho (reforço positivo).

Em 2016, Nova York, um grupo de investigadores TAASD realizou um estudo acerca da ansiedade em jovens com autismo. De notar que a ansiedade é um sinal muito comum, sendo que 40% dos jovens com TEA têm um ou mais diagnósticos de ansiedade sendo o mais frequente, fobias específicas (Kerns et al, 2016).

Outras investigações indicam que 46% das crianças com TEA apresentam um número variável de receios e preocupações, tais como o medo da mudança, novas situações ou estímulos específicos (Kerns et al, 2014; Mayes et al, 2013).

A ansiedade também está associada a factores físicos e psicológicos em crianças com TEA, incluindo problemas gastrointestinais, comportamento de auto-mutilação, sintomas depressivos, entre outros (Bellini, 2004; Mazurek et al, 2013; Kelly et al, 2008; Kerns et al, 2014; Sukhodolsky et al, 2008).

Os sintomas de ansiedade podem reduzir a adaptação social e funcional da pessoa, bem como agravar comportamentos repetitivos e restringidos (Kerns et al, 2016).

Normalmente, pacientes sem TEA são tratados com intervenção psicossocial, que produz melhoras na ansiedade a médio e longo prazo, sendo este processo conhecido como terapia de comportamento cognitivo (CBT) (Ollendick, King, Chorpita, 2006; Kendall et al, 2008; Wood, 2006; Walkup et al, 2008).

Infelizmente, pacientes com TEA têm sido excluídos destes métodos eficazes, porque no geral, podem ter dificuldades com as práticas básicas CBT, por várias razões, tais como: falta de comunicação, comportamentos repetitivos, pouca motivação e comportamento social restrito. Em 2011, (Puleo e Kendall, 2011) estabeleceu-se uma teoria na qual se acredita que os indivíduos com ansiedade e TEA respondem melhor a situações familiares que à terapia individual CBT, sugerindo-se que, com algumas modificações, a CBT talvez possa ser acessível e benéfica para os jovens com TEA.



Alguns dos conselhos para os especialistas, descritos pela organização *Autism Speaks TM*, aquando do tratamento de pacientes com TEA são: desenvolver uma boa relação com o paciente autista, falar com um tom de voz calmo e suave, colocar-se à altura da criança e transmitir-lhe segurança e tranquilidade, explicar passo a passo, antecipadamente e com coerência aquilo que vai ser realizado.

Entre outros aspectos, propõe-se a preparação prévia do consultório, onde o dentista se deve informar junto dos pais ou educadores se existem algumas características específicas que podem melhorar no atendimento das necessidades do paciente com TEA (Speaks A, 2010).

Nos pacientes com TEA, foram documentadas alterações do limiar de sensibilidade que, de uma forma global, podem representar uma dificuldade acrescida no atendimento destes pacientes (Ayres, 1963). O Sensory Processing Disorder (SPD) é um distúrbio neurológico, que provoca problemas na aceitação, processamento e resposta da informação proveniente do meio ambiente ou do próprio corpo de um indivíduo (Ayres, 1963). Entre eles incluem-se problemas visuais, auditivos, tácteis, olfativos, gustativos, vestibulares (equilíbrio, orientação) e proprioceptivos (Aswathy, Manoharan e Manoharan, 2016).

Os problemas sensoriais orais podem ser classificados em dois tipos: hipersensibilidade oral e hiposensibilidade oral (Aswathy, Manoharan e Manoharan, 2016).

No que respeita à hipersensibilidade podem destacar-se algumas características: o desgosto em escovar os dentes ou lavar o rosto, gostos limitados em relação aos alimentos ou rejeição destes por causa da textura, manter os lábios retraídos e usar somente os dentes para pegar os alimentos. Outros envolvem facilidade em se engasgar, deglutição com o auxílio de bebidas, rejeição ao toque, recusa a brincar com areia, pintar com os dedos, entre outros (Speaks A, 2010).

No que se refere à hiposensibilidade, podem mencionar-se características como o gosto por sabores intensos, como alimentos muito doces, muitos salgados ou picantes; recusa de texturas que estão misturadas, pois é difícil mastigar e engolir quando não podem "sentir" e discriminar os alimentos na boca; muitas vezes enquanto comem deixam pedaços de comida na boca sem engolir, acumulam alimentos de lado nas bochechas sem mastigar ou engolir, dado que colocam grandes quantidades de comida na boca; em algumas ocasiões podem preferir não mastigar os alimentos e simplesmente engoli-los de uma só vez, o que representa um grande risco de asfixia. Geralmente, estes pacientes parecem precisar de ter algo na boca, seja comida, um brinquedo, uma caneta, um pedaço da roupa, entre outros (Speaks A, 2010).

Mesmo respeitando todos os cuidados e recomendações anteriormente referidas, existirá sempre um pequeno número de casos em que só se conseguirá realizar tratamentos dentários sob anestesia geral.

O recurso à anestesia geral deve ter sempre em consideração que pode causar efeitos secundários leves ou graves. Entre os efeitos colaterais leves podemos citar fadiga, tonturas, irritabilidade, tosse, dor de garganta, náuseas e vômitos. Como efeitos graves, apesar de raros, podemos ter a reação alérgica a um medicamento, lesão cerebral ou paragem cardíaca, sintoma que pode causar a morte do indivíduo (Stratmann et al, 2014).

Ao longo do tratamento com anestesia geral deverão tentar cumprir-se alguns requisitos tais como:

- Fornecer um ambiente calmo.
- Manter a comunicação com pais e filhos, se possível.
- Indução suave.
- Analgesia adequada.
- Hidratação adequada.
- Sedação adicional para uma recuperação pós-operatória suave.
- Acesso venoso periférico seguro.

É aconselhável permitir que crianças autistas recuperem da anestesia num quarto isolado com luz fraca e minimamente movimentado. Permitir que os pais estejam no quarto assim que possível, em alguns casos, até antes de a criança acorde, porque pode ajudar a aliviar a ansiedade e evitar a explosão de comportamento negativo. (Vlassakova e Emmanouil, 2016).

Ely et al. descobriram que o uso de termos familiares e linguagem simples, bem como o envolvimento precoce dos pais é essencial para a gestão da dor e proporcionar conforto (Ely e Chen-Lim, 2016).

As crianças não podem legalmente dar o seu consentimento em relação à cirurgia ou a um procedimento com anestesia e, portanto, é muito importante conquistar a confiança e cooperação por parte dos pais. O plano completo sobre a indução da anestesia deve ser explicado aos pais (Prakash et al 2016).

Uma boa pré-medicação, uma indução segura e adequada analgesia intra e pós-operatória pode assegurar uma criança e pais calmos na área de recuperação (Prakash et al, 2016).

## **Conclusões**

Como médicos dentistas, para poder obter os melhores resultados em relação à adaptação do paciente à consulta, é necessário começar pela preparação académica durante os anos de licenciatura. As universidades deveriam tomar consciência e incluir com maior profundidade a questão do atendimento de pacientes com necessidades especiais. Estes indivíduos formam parte da nossa comunidade, nosso mundo e deveríamos, assim, estar capacitados para adaptar a consulta e atendê-los com a mesma facilidade e destreza com a que atendemos o resto da população.

A utilização de materiais visuais didáticos, como forma de promover a comunicação e diminuir a ansiedade é de extrema importância já que os pacientes com TEA, independentemente da sua inteligência, são melhores no processamento de informação visual do que verbal. A melhor maneira de fornecer-lhes informação importante para o cuidado clínico deve ser, entre outros, organizar tudo o mais cedo possível no dia, minimizar o tempo de espera, proporcionar um ambiente silencioso, minimizar o número de contactos com o paciente, fornecer distração através de brinquedos favoritos do paciente ou dispositivos electrónicos, utilizar dispositivos de comunicação se estes forem utilizados,

evitar desencadear comportamentos negativos e envolver a família da criança durante o período de espera e toda a consulta (Szatmari et al, 2015).

As patologias do espectro autista, em si mesmas, não acarretam maior risco de cárie e doença periodontal, porém, existe uma dificuldade acrescida em cumprir rotinas, nomeadamente as de higiene oral. Em suma, há que reforçar os programas preventivos, desde tenra idade e adaptá-los o melhor possível à dinâmica de cada família e às especificidades de cada criança.

## **Bibliografía**

Aparicio del Toro B. Autism Spectrum Disorder: Communications Intervention Programs [dissertação]. España (ES): Universidad de Cantabria; 2016.

Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA-LISBOA). (s.d.). Autismo, 22 Janeiro 2016. Obtido de: <http://www.appda-lisboa.org.pt/federação/autismo.php>.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5 (DSMMD-5). 2012, 22 Janeiro 2016. [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).

Aswathy AK, Manoharan A, Manoharan A. Addressing Oral Sensory Issues and Possible Remediation in Children with Autism Spectrum Disorders: Illustrated with a Case Study. International Journal of Medical, Health, Biomedical , Bioengineering and Pharmaceutical Engineering. 2016;10(7):385–8.

Ayres, A. J. Eleanor Clark Slagle Lecture. The development of perceptual motor abilities: A theoretical basis for treatment of dysfunction. American Journal of Occupational Therapy. 1963;17:221-225.

Bellini S. Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disorders*. Sage Journals. 2004 May 1;19(2):78-86.

Beyer, J. & Gammeloft, L. (1988). *Autism & Play*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers, 1988.

Boyd BA, Conroy MA, Asmus JM, McKenney EL, Mancil GR. Descriptive analysis of classroom setting events on the social behaviors of children with autism spectrum disorder. *Education and Training in Developmental Disabilities*. 2008;43(2):186-97.

Blomqvist, M.; Bejerot, S. & Dahllöf, G. A cross-sectional study on oral health and dental care in intellectually able adults with autism spectrum disorder. *B. M. C. Oral Health*, 15:81, 2015.

Chan, D. F. Y.; Chan, S. H. Y.; So, H. K.; Li, A. M.; Ng, R. C. M. & Tsang, N. Dental health of preschool children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Hong Kong J. Pediatr.*, 19(3):161-8, 2014.



Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of Autism Spectrum Disorders — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, in 2008 [61(SS03)]. 2012 March [cited 2017 March 2];1-19. Disponible em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>.

Cohen, D., & Cicchetti, D. (2006). *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.

Ely E, Chen-Lim ML, Carpenter KM 2nd, et al. Pain assessment of children with autism spectrum disorders. *J Dev Behav Pediatr*. 2016; 37:53 – 61.

Friedlander A, H; K. Friedlander I.; Velasco Ortega E.; Casas Barquero N.; Gómez Torres M.J.; *Autismo: fisiopatología, atención médica e implicaciones dentales*. *Archivos de Odontoestomatología*. Mayo 2005; 21(4): 234-244.

Friedlander A, H; A. Yagiela J.; I. Paterno V.; E. Mahler M.; *The neuropathology, medical management and dental implications of autism*. *ADA*. Nov. 2006 .137: 1517- 1527.

Fombonne E. The epidemiology of autism: a review. *Psychol Med*. 1999; 29(4): 769-86.

Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord.* 2003; 33(4): 365-82.

Fombonne E. Epidemiología de los trastornos generalizados del desarrollo. En: Martos J, González PM, Llorente M, Nieto C. *Nuevos desarrollos en Autismo: el futuro es hoy.* Madrid: APNA, 2005. p. 21-44.

Fombonne E. Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research.* 2009; 65(6):591-598.

Fuentes Biggi, J.; Ferrari Arroyo M.J.; Boada Muñoz L.; Touriño- Aguilera E. et all. *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista.* *Rev Neurol.* 2006; 43(7): 425-438.

Geiger DA, Kern JK, Geiger MR. A prospective cross sectional cohort assessment of health, physical and behavioral problems in Autism spectrum disorders. *Maedica* 7:193-200, 2012.

Gonçalves L, Gonçalves F, Nogueira B, Fonseca R, De Menezes S, Da Silva E Souza P, Menezes T. Conditions for oral health in patients with autism. *Int. J. Odontostomat.*, 10(1):93-97, 2016.

Hernández G, Bonilla A. Torres M. Guías de manejo en estomatología pediátrica. 1998. Ecoe Ediciones. Bogotá, Colombia.

Kelly, A. B., Garnett, M. S., Attwood, T., & Peterson, C. (2008). Autism spectrum symptomatology in children: The impact of family and peer relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1069–1081. doi:10.1007/s10802-008-9234-8.

Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282–297.

Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M. C., Franklin, M. E., Schultz, R. T., et al. (2014). Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2851–2861. doi:10.1007/s10803-014-2141-7.

Kerns CM, Wood JJ, Kendall PC, Renno P, Crawford EA, Mercado RJ, et al. The Treatment of Anxiety in Autism Spectrum Disorder (TAASD) Study: Rationale, Design and Methods. *J Child Fam Stud*. 2016;25(6):1889–902.

Kim YS1, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, y col. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*. 2011;168(9):904-912.

Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet* 2014; 383:896– && 910.

Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion, Part 1: For whom? And for what purpose. *Critical Public Health* 2001; 11: 111–127.

Loo CY, Graham RM, Hughes CV. Behaviour guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. *Int J Paediatr Dent* 2009;19:390-398.

Lourenço T. Contenção física no tratamento dentário de crianças especiais evita a anestesia geral/sedação – caso clínico do autismo. *Dentistry*. 2015.

Maenner MJ, Arneson CL, Durkin MS. Socioeconomic disparity in the prevalence of ASD in Wisconsin. *WMJ* 108: 253-255, 2009.

Marshall J, Sheller B, Mancl L. Caries-risk assessment and caries status of children with autism. *Pediatr Dent* 2010; 32: 69–75.

Matelskil L, Van de Water J. Risk factors in autism: thinking outside the brain. *Journal of Autoimmunity*. 2015 Feb; 67:1-7.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Molitoris, S., & Mayes, R. D. (2013). Unusual fears in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 151–158. doi:10.1016/j.rasd.2012.08.002.

Mazurek, M. O., Vasa, R. A., Kalb, L. G., Kanne, S. M., Rosenberg, D., Keefer, A., et al. (2013) Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 165–176. doi:10.1007/s10802-012-9668-x.

Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol*, 48 (Supl 2), S47-52.

Morales MC. El paciente autista en la clínica dental. *ORIS*, accessed 5 Otubro 2016. Obtido en: <http://www.icoev.es/oris/56-1/paciente.pdf>

Muhle R, Trentacoste SV, Rapin L. The genetics of autism. *Pediatrics* 113: 472-486, 2004.

Mulas. F, Ros-Cervera. G, Millá. M, Etchepareborda M, Abad L, Meneses M: Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*. 2010; 50 (3): 77-84.

Namal N.; Vehit H.E.; Koksall S.; Do autistic children have higher levels of caries? A crosssectional study in Turkish children. *J Indian Pedodontics and Preventive Dentistry*. June 2007: 97-102.

Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SE, y col. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:235-258.

Ollendick, T. H., King, N. J., & Chorpita, B. F. (2006). Empirically supported treatments for children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescents therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed., pp. 492–520). New York: Guilford Press.

Ornitz EM, Ritvo ER. The syndrome of autism: a critical review. *Am J Psychiatry* 133: 609-619, 1976.

Passalacqua A, Reeves AO, Newton T et al. An assessment of oral health promotion programmes in the United Kingdom. *Eur J Dent Educ* 2012; 16: e19– e26.

Prakash S, Pai V K, Dhar M, Kumar A A. Premedication in an autistic, combative child: Challenges and nuances. Saudi J Anaesth 2016;10:339-41.

Puleo, C. M., & Kendall, P. C. (2011). Anxiety disorders in typically developing youth: Autism spectrum symptoms as a predictor of cognitive-behavioral treatment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 275–286.

Rincón A, Fox M, Rivera N. Características oclusales y su asociación a hábitos orales perjudiciales en niños con transtorno del espectro autista. Rev Arbitr la Fac Odontol Univ del Zulia. 2015;12(2).

Russell, G.; Rodgers, L. R.; Ukoumunne, O. C. & Ford, T. Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: findings from the Millennium Cohort Study. *J. Autism Dev. Disord.*, 44(1):31-40, 2014.

Sarnat H, Samuel E, Benjamin NA. Oral Health Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2016;40(1):21–5.

Speaks A. Guia odontológico dental guide © 2010. 2010.

Stratmann G, Lee J, Sall J, Lee B, Alvi RS, Shih J et al. Effect of General Anesthesia in Infancy on Long-Term Recognition Memory in Humans and Rats, 21 Janeiro 2017. Obtido de [http://www\\_nature.com/npp](http://www_nature.com/npp). Julho 2014.

Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., & Vitiello, B. (2008). Parent rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 117–128. doi:10.1007/s10802-007-9165-9.

Szatmari P, Georgiades S, Duku E, et al. Developmental trajectories of symptom severity and adaptive functioning in an inception cohort of preschool children with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:276– 283

Tamarit Cuadrado, J., Aranda Lozano, M., Escribano Burgos, L., & Garrido Fernández, M. (s.f). Educación inclusiva: Facilitadores de la comunicación social, accessed 4 Fevereiro 2017. Obtido de [http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/unidad\\_7/mo7\\_para\\_pensar.htm](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/unidad_7/mo7_para_pensar.htm)



Thomas P, Zahorodny W, Peng B, Kim S, Jani N, Halperin W, Brimacombe M. The association of autism diagnosis with sex status. *Autism* 16: 201-213, 2012.

Tong HJ, Lee HY, Lee YT, Low Y, Lim CR, Nair R. Factors influencing the inclusion of oral health education in individualized education plans of children with autism spectrum disorders in Singapore. *Int J Paediatr Dent*. 2016.

Vlassakova BG, Emmanouil DE. Perioperative considerations in children with autism spectrum disorder. *Curr Opin Anesthesiol*. 2016;29:359–66.

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*. 2013 Jan 31;368(5):490.

Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *Journal of Dental Education*. 2010;74(12):1294–307.

Wood, J. J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, 42, 345–349.